

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

217

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

KOCH Maier Ioel

Né le 23 Juin 1913, à Cernauti (Roumanie)

Les douleurs fulgurantes du Tabès

(Tabès monosymptomatique)

Président : **M. LOEPER, Professeur**

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bollier

PARIS (XIII^e)

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

KOCH Maier Ioel

Né le 23 Juin 1913, à Cernauti (Roumanie)

Les douleurs fulgurantes
du Tabès

(Tabès monosymptomatique)

Président : **M. LOEPER**, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
Clinique d'accouchements.	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	LEMAÎTRE.
Clinique propédeutique.	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	BEZANÇON.
Clinique cardiologie.	MATHIEU.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.	LAUBRY.
Professeurs sans chaire.	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET	Physiologie.	RICHET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROcq.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MON PÈRE.

*Faible témoignage de mon amour
filial profond et de ma reconnaissance.*

A MA SŒUR, A MON FRÈRE.

A MON BEAU-FRÈRE, A MON NEVEU.

MEIS ET AMIC'S.

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE,
Monsieur le Professeur LOEPER,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette Thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE,
Monsieur le Docteur MILIAN,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin Honoraire de l'Hôpital Saint-Louis,
Président de la Ligue Française
contre le Péril Vénérien,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a inspiré ce travail et guidé
de ses conseils. Qu'il veuille bien
trouver ici le modeste témoignage
de ma profonde gratitude et de
mon très respectueux attache-
ment.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ.

*Témoignage de profonde recon-
naissance.*

INTRODUCTION

Les douleurs fulgurantes du tabès sont fréquentes et quelquefois très précoces. Elles constituent le meilleur signe du tabès, celui qui permet de dépister la maladie au début, et de la traiter avant qu'elle ne détermine des dégâts irréparables.

Il y a des tabès qui restent toujours monosymptomatiques ou chez lesquels les douleurs fulgurantes constituent le tableau presque unique de la maladie.

Tant au point du malade qu'au point de vue du médecin, il y a intérêt à diagnostiquer le tabès, d'une façon plus ou moins précoce, c'est-à-dire à un moment où il est encore monosymptomatique et à le traiter consécutivement.

En effet, cet intérêt revêt une valeur considérable, quand on pense que le tabès, maladie modifiable et même guérissable cliniquement par un traitement approprié tout au début, c'est-à-dire au moment où elle est encore monosymptomatique et fruste, devient une affection difficile et rebelle à traiter quand elle s'achemine vers la généralisation et vers la transformation scléreuse des lésions primaires.

QUELQUES MOTS D'HISTORIQUE

Duchenne de Boulogne fut un des premiers à donner une étude séméiologique détaillée des douleurs fulgurantes tabétiques en 1858. Il note les caractères fulgurants et térébrants de la douleur qui reste circonscrite en un point très limité; sa répétition au même point à des intervalles de quelques minutes pendant quelques heures à un ou deux jours constituant un accès, l'influence des conditions atmosphériques sur le retour des accès, il souligne l'importance des douleurs fulgurantes tabétiques pour le diagnostic.

Fournier, dans ses leçons sur l'ataxie locomotrice, insiste à la fois sur la précocité des douleurs fulgurantes et sur l'intensité relativement faible des douleurs initiales, qui risquent, de ce fait, de passer inaperçues ou tout au moins de rester méconnues quant à leur véritable nature.

Charcot et Bouchard, en se basant sur les caractères des douleurs, n'hésitent pas à porter le diagnostic de tabès chez une malade qui ne présentait par ailleurs aucun autre symptôme, en particulier pas d'incoordination motrice.

Vulpian note la possibilité de soulager les douleurs

fulgurantes par des moyens thérapeutiques appliqués sur les régions de la périphérie où les douleurs semblent avoir leur foyer de production.

Babinski a montré le premier que les douleurs fulgurantes, chez les malades traités, par des médicaments antisiphilitiques, s'atténuent ou s'espacent souvent.

M. Milian, en 1908, écrit dans le « Progrès Médical », que le mercure est capable de guérir ou améliorer les douleurs fulgurantes.

Spinoit, médecin belge, en 1925, relate plusieurs observations, desquelles il ressort que les douleurs fulgurantes obéissent très bien au traitement par le bismuth.

M. Gougerot, en 1927, a insisté sur le fait que des crises douloureuses peuvent survenir même chez un tabétique dont la guérison clinique et humorale est vérifiée, les douleurs étant dues à des causes irritatives et congestionnantes.

ETUDE CLINIQUE

CARACTERES DES DOULEURS FULGURANTES

Les douleurs fulgurantes tabétiques se distinguent par leurs caractères fulgurants et térébrants et par leur acuité. Elles méritent bien le nom de fulgurantes, car elles ont la soudaineté et la brièveté de l'éclair. Mais le caractère fulgurant, n'est aucunement particulier à la douleur tabétique. Mais étant donné la grande acuité qu'elle revêt habituellement, on admet cependant que le qualificatif fulgurant convient à la douleur tabétique. Le caractère térébrant est souvent utilisé lui aussi pour désigner la douleur fulgurante tabétique. Le malade compare la sensation qu'il éprouve à celle que produirait un poinçon pénétrant dans la profondeur des tissus, et lors des premières douleurs, il lui arrive, sous la double influence de la fausse sensation de choc et de la perte momentanée de l'équilibre, qui tient au dérobement du membre inférieur frappé par la douleur, de croire qu'il a reçu un véritable coup. Déjà singulières en elles-mêmes par les caractères précédents, les douleurs fulgurantes du tabès le sont plus encore par leur topographie et leur répétition en série au même point.

Les douleurs sont vagabondes, changeant de place d'un jour à l'autre, et elles ont une prédilection pour les membres inférieurs, et ceci se conçoit étant donné la prédominance habituelle des lésions tabétiques sur la moelle lombaire. Il est exceptionnel qu'elles soient unilatérales. La variabilité du siège des douleurs, d'un jour à l'autre, constitue dans une certaine mesure un élément de diagnostic des douleurs tabétiques. Les douleurs sont quelquefois couplées; coup sur coup, sans intervalle libre, se produisent, en deux points différents, deux douleurs fulgurantes, la seconde succédant immédiatement à la première et siégeant, soit du même côté, soit du côté opposé. Plus importante encore est leur répétition en série au même point. Lorsqu'une douleur fulgurante tabétique se produit en un endroit quelconque du corps, elle ne reste pas isolée, mais se répète sur place avec une certaine régularité, pendant un temps plus ou moins long, de quelques heures à quelques jours. Chaque série de douleurs fulgurantes se produisant au même point constitue un accès. Si les douleurs changent de place d'un accès à l'autre, elles sont fixes durant le même accès. Les douleurs fulgurantes sont séparées par des intervalles libres dont la durée varie d'un accès à l'autre, elles sont fixes durant le même accès. Les douleurs fulgurantes sont séparées par des intervalles libres dont la durée varie d'un accès à l'autre, mais reste relativement fixe au cours de chaque accès, tout au moins pendant la période d'état, car les douleurs qui marquent le début et la fin de l'accès sont plus espacées et n'obéissent à aucun rythme. L'intervalle libre est ordinairement de quelques minutes; il est rare qu'il s'abaisse au-dessous d'une minute. Les

douleurs fulgurantes tabétiques sont susceptibles d'être provoquées, en période douloureuse, par des excitations partant de la zone douloureuse; ici, la zone d'excitation coïncide toujours avec la zone douloureuse. L'accès douloureux constitué par une série plus ou moins longue de douleurs fulgurantes, se reproduisant au même point et avec une certaine régularité, se répète avec une fréquence variable, non seulement d'un malade à l'autre, mais chez le même malade d'une période à l'autre.

Il n'y a pas de parallélisme entre la gravité du tabès, la fréquence et l'intensité des manifestations douloureuses; c'est ainsi que les ataxies aiguës tabétiques ne sont précédées et ne s'accompagnent qu'exceptionnellement des douleurs fulgurantes. Les douleurs fulgurantes ne sont pas uniquement le fait des lésions évolutives; on les observe dans le tabès fixé depuis longtemps et souvent même elles sont alors plus fréquentes et plus violentes qu'à la phase évolutive. Il semble que dans le tabès fixé, les douleurs fulgurantes soient le fait des reliquats cicatriciels de la syphilis (M. Gougerot).

Mais il faut savoir aussi l'influence de facteurs généraux dans la production des douleurs fulgurantes; l'état atmosphérique joue un rôle important; chez certains malades, le retour des douleurs fulgurantes annonce, avec l'exactitude d'un baromètre, les changements de temps. Surtout, le froid augmente les douleurs fulgurantes (M. Wagner-Jaureg). Les boissons alcoolisées, les mets épicés, certains aliments (une alimentation sucrée pour M. Wagner-Jaureg) ont parfois une influence néfaste. La fièvre est quelquefois capable de réveiller les douleurs fulgurantes.

Chez un malade non traité, ces douleurs ont peu de tendance à s'améliorer. Le plus souvent, elles persistent ou s'aggravent, torturant avec ou sans répit le malheureux jusqu'à la fin de son existence. Il est possible cependant qu'elles s'atténuent à la longue.

Chez les malades traités, au contraire, ainsi que M. Babinski l'a montré le premier, elles s'atténuent ou s'espacent souvent, parfois après une courte période d'exacerbation provoquée par les premières injections. D'après une statistique de M. Barré, les douleurs fulgurantes s'amendent chez 11 malades sur 22 traités; elles persistent, au contraire, chez 8 malades sur un lot de 10 non traités. Chez certains tabétiques, les douleurs ne sont calmées que pendant la période des injections, elles reparaissent aussitôt après. Quelquefois, on a observé des cas où la thérapeutique, d'abord agissante, est devenue bientôt absolument sans effet.

PATHOGENIE DES DOULEURS FULGURANTES

Bien que les tabétiques éprouvent leurs douleurs dans la continuité des membres, ou plus rarement au tronc ou à la face, il est indiscutable que leurs nerfs périphériques ne jouent aucun rôle dans la production de ce symptôme. En effet, le trajet que suivent dans les membres ces douleurs fulgurantes ne se confond nullement avec celui d'un nerf périphérique.

Tous les auteurs s'accordent, aujourd'hui, pour reconnaître leur origine radiculaire. Cette opinion étayée par les recherches histologiques de Nageotte, ne souffre actuellement aucune discussion.

Pour la plupart des neurologistes, les douleurs fulgurantes sont dues à l'irritation des racines postérieures.

Pour MM. *Alajouanine, Thurel et Brunelli*, les lésions du cordon postérieur (celui-ci étant constitué en partie par les fibres longues des racines) jouent le rôle essentiel dans la production des symptômes tabétiques; le caractère fulgurant est réalisé par l'excitation des neurones sensitifs périphériques. Pour ces auteurs, les douleurs fulgurantes sont dues à une hyperexcitabilité des fibres longues des racines, en

relations avec les lésions tabétiques qui prédominent dans les cordons postérieurs.

Pour *M. Sezary*, les douleurs fulgurantes trouvent leur origine dans le processus de régénération avortée que l'on constate à l'examen histologique des racines postérieures et des ganglions chez les tabétiques. Ce processus a été décrit par Nageotte en 1905. Cet auteur traitant des coupes transversales et longitudinales de racines postérieures de tabétiques par les méthodes à l'alcool ammoniacal ou à l'argent réduit de Cajol, a découvert une quantité de cylindraxes extrêmement fins, très réguliers et rectilignes, disposés pour la plupart en petits groupes de 5 ou 6 et se terminant par des extrémités renflées en massues. La régularité et l'uniformité du calibre de ces fibres, la facilité avec laquelle elles se colorent en noir intense, enfin les massues qui les terminent, indiquent qu'elles sont, non pas des fibres en voie de destruction, mais bien des fibres jeunes régénérées.

Ce même histologiste a décrit des modifications intéressantes des prolongements des cellules ganglionnaires. Ces cellules, au lieu d'avoir un seul prolongement, en ont plusieurs, de divers calibres, tous terminés par une massue encapsulée. Ce sont les plus longs de ces derniers qui passent dans les racines postérieures. Dejerine et Thomas ont confirmé la description de Nageotte. Pour eux, ces faits ont plus qu'un intérêt histologique, puisqu'ils démontrent la tendance à la restauration des fibres radiculaires. Mais cette restauration est toujours incomplète, surtout pour les racines postérieures, parce qu'elles ne rencontrent pas de conditions locales favorables (Dejerine et Thomas), et aussi parce que les corps cellu-

lares eux-mêmes, sans être détruits, sont plus ou moins altérés et ne peuvent assurer une régénération absolument normale (M. Sezary). Ce processus de régénération avortée explique, pour M. Sezary, les particularités des douleurs fulgurantes du tabès; d'abord, on peut comprendre que l'origine des douleurs se trouve dans ces massues terminales qui se frayent un chemin dans les racines postérieures. On conçoit que le heurt de ces massues contre les cellules et les fibres des racines puisse éveiller ces douleurs aiguës et instantanées. Après cette hypothèse, les douleurs fulgurantes qui persistent chez les tabétiques considérés comme guéris du fait de la disparition de toutes les anomalies du liquide céphalo-rachidien (tabès fixé), s'expliquent par le fait que le processus de régénération avortée se retrouve dans des racines de tabétiques fixées depuis longtemps.

Donc, après M. Sezary, on peut s'imaginer que la progression des fibrilles de régénération dans les racines postérieures est la cause des symptômes douloureux; lorsque le prolongement nerveux tendrait à s'avancer, il se heurterait aux tissus voisins; il en résulterait la douleur instantanée et aiguë qu'accuse le tabétique.

Pour M. *Danielopolu*, les crises douloureuses tabétiques sont dues à l'irritation des filets sympathiques contenus dans les racines postérieures.

M. *Gougerot*, qui est du même avis, explique qu'il y a deux sortes de phénomènes douloureux chez les tabétiques :

1° Douleurs fulgurantes dans le tabès en activité, où interviennent à la fois les lésions syphilitiques des

racines postérieures et les causes irritatives et congestives non syphilitiques.

2° Douleurs des tabétiques guéris dues à toutes les causes irritantes et congestionnantes des racines scléreuses des tabétiques. Pour M. Gougerot, une cause congestive qui, chez un non tabétique, ne pourra pas toucher les racines postérieures, ira se localiser sur les racines du tabétique, car c'est un « locus minoris resistantiae ». Le simple travail digestif qui, si souvent, détermine la congestion banale de la face, suffit à congestionner les racines tabétiques; toutes les causes complexes, anaphylactiques ou toxiques, qui provoquent l'urticaire, le rhumatisme, la migraine, toutes les causes de poussées hypertensives, peuvent déclancher des crises fulgurantes. Dans le tabès fixé, les reliquats cicatriciels de la syphilis, d'après M. Gougerot, peuvent produire des douleurs fulgurantes, car les reliquats cicatriciels représentent des lieux de moindre résistance où iront se fixer les toxiques circulantes dans l'organisme.

MM. Dujardin et Decamps, dans leur mémoire « Rôle des actions hyperpexiques (neuropexie) dans les affections nerveuses » ont soutenu une pathogénie analogue des crises tabétiques. Ils ont montré que les tissus ont pour les substances étrangères, une affinité variable (minime pour le système nerveux normal). Mais dans les inflammations du tissu nerveux, on voit se développer un pouvoir fixateur (ou hyperpexie d'après ces auteurs). Le tabès, par exemple, favorise la fixation des toxiques circulant dans le sang, sur les racines postérieures, et ce qui est capital pour expliquer les douleurs des tabétiques, c'est que cette

hyperplexie persiste souvent pendant un temps très long après la disparition de l'inflammation.

Pour *M. Wagner-Jaureg*, de Vienne, le point de départ des irritations qui déterminent les douleurs fulgurantes, serait les neurones sensitifs périphériques, et les transformations qui permettent à ces nerfs des réactions de ce genre seraient semblables à celles qu'on trouve dans la polynévrite et dans la dégénérescence rétrograde, transformations qui, d'après les expériences faites, peuvent rester à l'état stationnaire.

MM. Dujardin et Dumont ajoutent à propos des crises tabétiques de pathogénie obscure : « La crise est déterminée par l'accumulation périodique de toxines chez les tabétiques, lesquels sont habituellement des insuffisants hépatique. Quand la concentration de ces toxines atteint un certain niveau, survient une décharge qui se porte sur les racines scléreuses. La crise elle-même entraîne une désintoxication de l'organisme, et la crise suivante sera le fait d'une nouvelle accumulation lente ou brusque de toxines. »

Mais il faut compter aussi avec l'influence de facteurs généraux. Comme nous l'avons répété plus haut, les douleurs fulgurantes tabétiques s'exaspèrent sous l'influence des troubles digestifs, d'intoxications (alcool, tabès, etc...), de changement de température, etc..., etc... Il semble donc que les modifications biologiques, parfois légères, qui se produisent dans l'organisme, jouent un rôle provocateur important dans le réveil des crises douloureuses. C'est un facteur que l'on ne doit pas négliger en thérapeutique, car si nous découvrons ces causes de réaction et si nous réussissons à les neutraliser, nous rendrons un grand service à nos malades.

TRAITEMENT

C'est à la fin du siècle dernier que l'on commença à se préoccuper sérieusement de traiter le tabès et ses symptômes fonctionnels par les médications antisypilitiques. C'est l'époque, en effet, où la maladie de Duchenne venait d'être rangée par Fournier (1882) parmi les lésions parasypilitiques, c'est-à-dire résultant de la syphilis.

Ce furent Fournier et ses élèves qui, les premiers, firent les essais du traitement sur leurs malades tabétiques.

Actuellement, tous les médicaments antisypilitiques sont employés pour traiter les douleurs fulgurantes du tabès. Chez les malades dont le liquide céphalo-rachidien conserve ses anomalies, le traitement antisypilitique doit être employé avec persévérance; mais aussi les malades qui ont un Wassermann négatif et une rachicentèse normale, sont généralement justiciables d'un traitement antisypilitique. Voici l'opinion de *Marcel Pinard* à ce sujet :

« Un tabétique qui souffre de douleurs fulgurantes peut avoir les apparences d'un tabès fixé, un Wassermann négatif et une rachicentèse normale; il faut le traiter avec du bismuth ou avec de l'arsenic et

poursuivre le traitement avec énergie et persévérance. On observe des réactivations à chaque reprise d'une série médicamenteuse; puis les douleurs cèdent et si on reprend régulièrement les séries, le malade finit par ne plus souffrir et la guérison se maintient pendant de longues années. Il est certain que d'autres conditions peuvent réveiller les douleurs, mais le traitement antisyphilitique qui les réactive les fait disparaître en poursuivant la thérapeutique. »

Pour réaliser ce traitement, il est logique de s'adresser aux différents médicaments antisyphilitiques, dont on fera des cures alternées. Ce traitement sera très prolongé; il devra être poursuivi de nombreuses années si l'on veut obtenir un résultat durable, car si le traitement cesse, les douleurs fulgurantes peuvent revenir.

Voici quelques observations de tabétiques où, sous l'influence du traitement antisyphilitique, les douleurs fulgurantes se sont atténuées, quelquefois même ont disparu.

Observation rapportée par M. Milian dans la « Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie », février 1930

« Le nommé Zchl. M., âgé de 45 ans, né au Caire (Egypte), marchand d'habits, entre le 6 mars 1929 dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, lit n° 6, pour des douleurs effroyables des membres inférieurs durant depuis deux jours. Il s'agit de douleurs fulgurantes en éclair, passant toutes les 30 ou 40 secondes

dans les membres inférieurs, quelquefois aussi dans les membres supérieurs, douleurs terribles, atroces, arrachant des cris au malade, et qui faisaient tressaillir le membre atteint, au point que celui-ci sautait sur le lit et que, comme le malade présentait une certaine ataxie des membres inférieurs, on voyait la jambe et le pied soulevés, lancés en désordre à droite ou à gauche et en l'air à chaque douleur. La violence de ces paroxysmes était telle que le malade, qui ne dormait pas depuis 48 heures, avait le visage entièrement défait et présentait des joues amaigries, des traits tirés, presque péritonéaux. La température rectale était de $39^{\circ} 6$. Il n'avait ni sucre, ni albumine dans les urines. Il nous fut assez facile de calmer ce patient en lui administrant une injection sous-cutanée de 2 cgr. de morphine et qui fut d'autant plus efficace qu'on lui avait donné au préalable de l'aspirine et du pyramidon.

Mais le 7 mars, date à laquelle nous vîmes le malade pour la première fois, nous lui avons fait une injection intraveineuse qui, d'emblée, fut faite à 60 cgr. de 914.

La réaction fébrile fut intense, avec un très long et violent frisson et une température qui s'éleva à $41^{\circ} 3$. Le lendemain, la température était retombée presque à la normale, $37^{\circ} 3$ et $37^{\circ} 6$ le soir, et dès le lendemain, les douleurs furent certainement un peu atténuées. Le 12 mars, nouvelle injection à 60 cgr.; les douleurs persistent encore de temps en temps. Le 16 mars, injection à 90 cgr. qui fut suivie le 19 d'une crise douloureuse moins accentuée que la première, mais encore violente. Le 20, nouvelle injection à 90 cgr. qui réveille les douleurs le 22, tandis que les autres jours

elles étaient silencieuses. Enfin le 25, injection intraveineuse de 914 à 105 cgr. Le 30 mars, 105 cgr., et le 4 avril 120 cgr.

Cette fois, il n'y eut aucun réveil douloureux, et le malade sortit une dizaine de jours après, complètement guéri de sa crise de douleurs fulgurantes. Chez ce malade, la réaction de Wassermann, à l'entrée, était très faiblement positive dans le sang; elle était négative à la sortie. La ponction lombaire donnait un liquide céphalo-rachidien fortement positif, où Wassermann, et cet homme qui était entré avec un poids de 50 kg., pesait 60 kg. à la sortie. Cet homme était un tabétique, avec un tableau symptomatique des plus caractéristiques. Il présentait un talonnage net à la marche avec signe de Romberg des plus positifs. Il avait quelques troubles de la sensibilité objective et de l'anesthésie testiculaire. Ses réflexes rotuliens et achilléens étaient abolis; il présentait encore le signe d'Argyll Robertson. Cet homme avait eu la syphilis à l'âge de 20 ans. C'est rarement qu'il nous a été donné d'observer des douleurs fulgurantes d'une pareille intensité. C'est d'ailleurs la première fois que le malade en présentait de semblables.

Il avait eu déjà seulement deux crises, mais d'une intensité bien moindre, en 1928. Il sortit de l'hôpital le 5 avril, avec un Wassermann négatif et un poids de 66 kg.

M. Milian conclut : Cette observation est intéressante à cause de l'intensité réellement formidable des douleurs. Il nous a été rarement donné d'en voir de si violentes, capables d'arracher des cris et de provoquer des réactions de défense si intenses des mem-

bres inférieurs. que ceux-ci sautaient du lit à plusieurs centimètres de hauteur. Je ne parlerai pas d'action calmante de la morphine, qui ne doit être recherchée, dans des cas pareils, que d'une façon tout à fait exceptionnelle, sous peine de rendre le patient morphomane. Mais ce qui a été le plus remarquable, c'est l'action thérapeutique curative du 914, administré chez le patient à des doses importantes, la première à 60 cgr., pour monter à 90, à 105, à 120 cgr., ce qui amena assez rapidement la suppression des douleurs et la cessation définitive de la crise. Il y a eu quelques réveils douloureux aux premières injections; mais lorsque la dose de 105 cgr. fut atteinte, les douleurs fulgurantes cessèrent de se reproduire.

On voit donc, ici, en particulier, que les douleurs fulgurantes se conduisent comme un accident syphilitique véritable, réveillé par les doses moyennes, guéries dès qu'on arrive aux doses plus importantes de 105 et 120 cgr., ce qui correspond chez cet homme de 60 kg. à la dose idéale de 2 cgr. par kilogr.

Notons enfin la violente réaction thermique qui accompagna la première injection, nouvel argument en faveur de l'origine syphilitique pure de l'accident, pour lequel le patient était soigné, puisqu'il s'agit d'une fièvre qui ne se reproduisit pas aux injections subséquentes et qui présente tous les caractères de la fièvre biotropique directe.

Voici trois observations rapportées par M. Conte dans sa » Thèse de Médecine de Paris, 1929 » : « L'action des traitements spécifiques sur les troubles fonctionnels du tabès. »

Première observation :

G... Victor, 45 ans, vient consulter le 27 avril 1922, à l'hôpital de la Charité, service de M. Sézary, parce qu'il éprouve depuis 3 ans des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, avec, depuis un an, de la difficulté à la miction.

Le malade a eu un chancre syphilitique en 1902, mal soigné.

A l'examen, on ne trouve pas de signe de Romberg, mais les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. On note une anesthésie cubitale et un signe d'Argyll-Robertson bilatéral.

La réaction de Wassermann est positive. Le malade reçoit d'abord 6 gr. de novarsénobenzol, puis 3 autres séries de 3 gr. chacune seulement, car le malade interrompt souvent. En janvier 1927, il a 8 piqûres d'hectine. Du mois de mars 1927 au mois de mars 1928, il reçoit 10 piqûres de muthanol simple dose. A cette époque, on note une amélioration très marquée sur l'état antérieur, les douleurs lancinantes des membres inférieurs sont nettement moins fréquentes et moins vives. La réaction de Wassermann est devenue négative.

Deuxième observation :

V... Moïse, 60 ans, vient à la consultation dans le même service, le 2 novembre 1926, pour des douleurs fulgurantes très aiguës siégeant surtout dans les membres inférieurs, datant de 5 ans. Il accuse égale-

ment des troubles de la miction depuis 3 ans. La marche est normale, mais les réflexes sont abolis. On note un signe d'Argyll Robertson à gauche. La pupille droite réagit à la lumière. On ne trouve aucun antécédent avéré de spécificité. La réaction de Wasserman est négative. On applique le traitement antisyphilitique et le malade reçoit, jusqu'au mois de janvier 1929, 50 injections d'hectine et 10 injections de Quinby. A ce moment, le malade accuse une très grosse amélioration depuis 2 à 3 mois surtout. Les douleurs fulgurantes et les troubles de la miction ont complètement disparu. Les réflexes restent abolis. La pupille droite réagit faiblement, mais nettement à la lumière.

Troisième observation :

L... Pierre, 38 ans, venu à la consultation, dans le même service, le 30 août 1927, se plaint de douleurs fulgurantes depuis 7 ans, de troubles à la miction, et de troubles de la marche remontant à 1 an. Ces dernières s'accroissent pendant la montée et la descente des escaliers. Les membres supérieurs sont normaux dans leurs mouvements. Enfin, le malade révèle à l'examen un signe de Romberg net, des réflexes abolis, l'existence d'un signe d'Argyl Robertson. Le malade nie tout antécédent syphilitique. La réaction de Wassermann est fortement positive.

Le malade est soumis au traitement mixte, et a reçu depuis sa venue à la consultation, 4 séries de novarsénobenzol de 6 cgr. chacune, et 4 séries de muthanol double dose. Revu dernièrement, il accuse

une grande amélioration; les douleurs fulgurantes sont devenues très rares, la marche est très améliorée. Le malade a pu faire cet été de la bicyclette. Les troubles urinaires ne sont pas réapparus.

On peut donc conclure de ces observations que, grâce au traitement antisyphilitique, les douleurs fulgurantes se sont atténuées ou même ont disparu. Mais s'il est vrai que le traitement antisyphilitique a amené une diminution notable ou même la disparition des douleurs fulgurantes, on doit savoir que si le traitement cesse, elles peuvent revenir. C'est dire qu'il ne faudra interrompre trop longtemps le traitement des tabétiques, même de ceux qui sont délivrés de leurs douleurs. Nous pensons que tous les agents antisyphilitiques peuvent agir, à la condition qu'on les administre alternativement par séries, sans jamais toutefois les supprimer totalement.

Mais il faut savoir que chez des tabétiques cliniquement guéris et malgré un traitement antisyphilitique, des douleurs fulgurantes peuvent survenir, douleurs dues à des causes irritantes et congestives, des racines scléreuses tabétiques.

Voici une observation où la crise est déclanchée par une cause congestive.

Observation rapportée par M. le Prof. Gougerot, dans « Le Journal des Praticiens », 23 novembre 1927.

Homme de 46 ans (en 1912) employé, a attrapé la syphilis à l'âge de 26 ans, et a été mal soigné par le

mercure, quelques injections d'huile grise, des pilules de protoiodure, de l'iodure très irrégulièrement; sur la foi d'un B. W. négatif en 1910, il a même cessé toute surveillance et tout traitement. C'est deux ans après, en janvier 1912, qu'il a ressenti les premières douleurs fulgurantes, et il a eu en mars 1912 du ptosis de la paupière supérieure droite; il nous consulte à Saint-Louis; on s'aperçoit du tabès; abolition du réflexe achilléen, Argyl-Robertson. La rachicentèse montre, en mars 1912, une albuminose de 0 gr. 50, une abondante lymphocytose : 72 cellules par millimètre cube, un B. W. positif; le B. W. sanguin était douteux par la technique classique H5, mais positif au Desmoulières H0.

Il s'affole et accumule 4 cures intensives du vieux 606 en 1912; puis en 1913 et 1914, 4 cures de 914, avec, entre temps, du cyanure.

Pendant 1912 et au début de 1913, les crises douloureuses sont fréquentes dans les membres, la vessie, l'estomac, l'abdomen. Il maigrit, il devient squelettique. Sous l'influence du traitement, les crises douloureuses se raréfient, et après Pâques 1913, elles n'existent plus que dans les membres et la vessie; les réflexes oculo-pupillaires s'améliorent nettement; les pupilles autrefois inertes réagissent lentement (mais les réflexes achilléens restent abolis), le B. W. sanguin devient et reste négatif au Desmoulières (Pâques 1913).

La ponction lombaire refaite en septembre 1913 montre un liquide normal d'aspect, avec une lymphocytose de 2 éléments par millimètre cube. B. W. négatif, mais il reste une albuminose un peu anormale de

0 gr. 35. Il donne l'apparence clinique et humorale d'être guéri, et cependant, chaque fois qu'il mange du chocolat, du poisson, et surtout s'il boit des alcools et du champagne, une crise de douleurs fulgurantes intense, dans les deux membres inférieurs, qui dure de six à dix-huit heures, est fatale. Depuis la fin de 1913 jusqu'encore en mai 1927, la même sensibilisation alimentaire persiste.

En cherchant à préciser le mécanisme de ces crises tabétiques, on apprend que depuis son adolescence, il a de l'eczéma prurigineux discret des membres et il a une plaque d'eczéma lichenifié aux creux poplités; il a eu vers 22 ans des migraines. L'eczéma persiste encore aujourd'hui, les migraines ont pratiquement disparu. Le point important à souligner, c'est que l'eczéma et surtout le prurit du placard lichenifié, réapparaissent ou augmentent à chacun des écarts alimentaires qui déclenchent les douleurs fulgurantes. Donc, on est conduit à admettre que chez ce tabétique anaphylactisé à quelques aliments (chocolat, poisson, alcool, etc...), l'ingestion de ces aliments congestionne les racines scléreuses tabétiques, comme elle congestionne ce placard d'eczéma lichénifié.

M. Gougerot est d'avis que le traitement anti-syphilitique chez de tels sujets, c'est-à-dire des tabétiques guéris cliniquement quoique douloureux, ne doit pas être intensif ni brutal. Il doit être un simple traitement de consolidation, surtout mercuriel et bismuthique; tantôt une cure trimestrielle mercurielle à l'hiver et à l'été; bismuthique au printemps et à l'automne; tantôt chaque mois dix jours de mercure et dix jours d'iodure, et au printemps et à l'automne une cure bismuthique. Chez de tels malades, le meil-

leur traitement prophylactique sera de préciser les causes irritatives et congestionnantes, enfin d'éviter toutes les causes qui peuvent déclancher les poussées hypertensives, urticariennes, congestionnantes, anaphylactiques et toxiques.

Au point de vue curatif, il faut tenter toutes les médications « décongestionnantes » des racines congestionnées; tantôt les vaso-constricteurs chez les hypotendus ou mieux l'éphédrine, injection intra-veineuse d'eau, notamment de l'adrénaline préconisée par Marinesco, Sicard, Milian. Tantôt et plus rarement, les hypotenseurs chez les hypertendus (nitrite de soude, nitrite d'amyle, rhodozil) préconisés par Pal.

Mais on doit savoir que, malgré le traitement, les douleurs fulgurantes peuvent persister, torturant avec ou sans répit, le malade jusqu'à la fin de son existence.

Voici une observation que M. le Docteur Milian a bien voulu nous communiquer pour notre thèse.

M. A..., 51 ans, vient le 28 mai 1905 consulter pour des céphalées datant de 1893, très intermittentes et d'une durée de 8 à 10 jours. Mais depuis 2 mois, maux de tête derrière la nuque très violents, empêchant le malade de dormir, éclatant surtout vers 3 ou 4 heures du soir et vers 3 ou 4 heures du matin. Autrefois, ces douleurs se calmaient bien par l'antipyrine, mais pas cette fois-ci. Le malade se plaint aussi de névralgies temporales.

Antécédents personnels. — Syphilis en 1881. Alopecie. Boutons aux jambes 3 mois après reconnue syphilitique.

Antécédents collatéraux. — Marié en 1886. 2 enfants : a) Fille âgée de 18 ans, bien portante; b) Fils mort à 8 mois de broncho-pneumonie en 1893.

Examen du malade. — Homme qui paraît plus vieux que son âge. Tous les réflexes sont normaux, sauf pupillaires un peu diminués. Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines. Examen du sang; Wassermann négatif. Donc on se trouve en présence d'un tabétique monosymptomatique dont les seuls symptômes sont les douleurs.

Le malade reçoit 2 séries de piqûres d'huile grise. (La première en juin, la deuxième en octobre, chaque série comprenant 8 piqûres.)

Le malade revient d'Uriage en très bon état.

Le 2 novembre 1905, le malade a été pris subitement de douleurs fulgurantes dans la jambe gauche, ainsi que dans la nuque. 8 cachets d'antipyrine n'ont rien fait. On est obligé de lui faire une injection de morphine, pour le calmer.

4 novembre : Les douleurs persistent. On lui prescrit une potion de chloral, des cachets de NaCl 2 gr. n° 60.

16 novembre : Malade en bon état ayant eu hier une petite douleur qui a cédé à l'antipyrine.

Du 23 novembre au 21 décembre, il reçoit 7 piqûres d'huile grise. Bon état général. On lui prescrit des cachets Cl Na pour 2 mois.

26 avril 1906 : Il revient, se plaignant de douleurs temporales droites, très violentes, qui datent de 8 jours, empêchant de dormir la nuit. Il reçoit une piqûre d'huile grise et salicylate 2 gr., antipyrine 2 gr. tous les jours.

De mai à juin, une série de 8 piqûres d'huile grise.

Du 25 septembre au 13 novembre, une série de 8 piqûres d'huile grise.

Le 13 novembre, il se plaint toujours de douleurs violentes à la tête en un point précis, temporo-occipital droit. Sensation d'un coup de couteau qui vient de dedans en dehors, surtout le soir.

Le 22 décembre 1906 : Se plaint de souffrir à la région mastoïdienne. Calmé par pyramidon.

5 janvier 1907 : Douleurs à la nuque gauche.

Du mois de février-juin 1907 : Une série de 8 piqûres d'huile grise.

27 août : Pris subitement par des douleurs fulgurantes en ceinture. Calmées par une poche d'eau chaude. Il prend un mois de Liqueur Mauriac.

25 février 1908 : Petite lésion suspecte existant sur la voûte palatine gauche.

Du 27 février au 16 avril 1908, a fait une série de 8 piqûres d'huile grise.

21 juillet 1908 : Vient de faire 20 piqûres Ars. Na. de 2 centigrammes.

Du 10 septembre au 20 novembre 1908 : Une série

de 8 piqûres d'huile grise. Se plaint de lourdeur de la paupière droite.

Mars 1909 : 8 piqûres d'huile grise.

22 janvier 1910 : Va très bien. A pris 1 kilogr. pendant 3 semaines.

Du 12 mars-16 avril : 6 piqûres d'huile grise (0,07 centigrammes).

D'avril-mai : 8 piqûres d'arsacétin (de 0,20 centigr. à 0,40 centigr.).

14 novembre 1910 : Une injection intraveineuse de 0,30 centigrammes de 606.

19 novembre : Wassermann : 0.

29 avril 1911 : Douleurs très vives pendant et après miction. Une injection 606 tous les 2 mois.

16 janvier 1912 : Depuis 2 mois, douleurs fulgurantes dans 4 membres.

17 janvier 1912 : Injection intraveineuse 606 de 0,30 cent. Wasserman : 0.

22 janvier 1912 : Périostose déformante tibia droit.

10 février-23 février : 4 piqûres d'huile grise à 0,06 cent. Prend 1 kilogr. (2 gr. par jour). Disparition de la périostose tibiale.

Du 1^{er} mai-29 mai 1912 : 5 piqûres de 606. (La première de 0,30, la dernière de ,45.)

Du 12 novembre-26 novembre : 3 injections de 606 (0,45, 0,45, 0,60).

14 décembre 1912-février 1913 : 12 piqûres d'huile grise. Souffre toujours à la nuque.

6 mars 1913 : Œdème dur en bas de la jambe. Il reçoit 2 centigr. chlorhydrate d'émétine soit 4 cc. de la solution à 0,01 pour 2 cc.

8 mars : Toute rougeur a disparu.

13 juillet 1913 : Va bien depuis les 7 injections d'émétine qu'il a reçu, pendant les dix derniers jours. Reçoit énésol intraveineux.

23 août 1913 : A fait dix jours une solution biiodurée.

Du 25 décembre 1913 au 1^{er} janvier 1914 : Douleurs très vives. Prend des suppositoires à Hg.

10 février 1914 : W.+++ . WD +++ . A fait 4 injections d'émétine.

2 juin 1914. — Vient de faire 20 énésol puis 90 calomel à 0,01. Au mollet gauche gros placard de la dimension d'une paume de main. Prend pendant 1 mois calomel $2 \times 0,02$.

11 juillet 1914 : A fait $0,02$ calomel $\times 50$ en 1 mois, et 1 gr. Mais le placard persiste.

Du 22 juillet au 3 septembre 1914 : 8 piqûres d'huile grise à 0,08. Diminution du placard.

5 mars 1915 : Va bien.

11 mars-8 avril 1915 : 6 piqûres d'huile grise à 0,08. Et 2 gr. par jour K. I.

Du 8 avril au 20 mai 1915 : A pris 40 gr. de K. I.

Du 1^{er} juin au 5 juillet 1915 : A pris 90 cachets glycéro-calomel.

9 octobre 1915 : A ressenti des douleurs très vives sous la plante du pied gauche. Il reçoit des suppositoires (20 à 6 centigr. d'onguent mercuriel).

Du 11 avril au 16 mai 1916 : 6 piqûres d'huile grise (0 gr. 06 la première, 0 gr. 08 la dernière).

8 mars 1919 : Réflexes des pupilles très paresseuses. Petites douleurs à la tête et jambes.

10 mars 1919 : Wassermann : 0. Il prend 2 gr. K. I. pendant 1 mois.

11 octobre 1919 : Est pris à 2 h. du matin par douleurs à la face et aux jambes. Il prend 1 flacon par mois d'iodalose.

8 janvier 1920 : Difficulté pour uriner. Il perd l'urine involontairement quand il est debout. A l'examen, urinaire, un spécialiste constate un néo de la prostate.

18 mars 1920 : 60 gouttes d'Hectine par jour pendant 1 mois. Souffre toujours de la tête. Il reçoit 2-4 pilules de Dupuytren par jour.

3 avril 1920 : Il perd toujours un peu d'urine. Il reçoit pendant 2 mois 4 pilules de Dupuytren par jour, en même temps LX gouttes d'iodalose.

8 février 1921 : A l'examen on trouve une myosis avec des réflexes lumineuses très faibles. Il perd 2 ou 3 fois par mois de sperme sur sa chemise.

10 février 1921 : Il prend spontanément du

Pageol (8 pilules) 2 jours après une hématurie. On lui ordonne d'urotropine + K.I.

7 mars 1921 : Ne perd plus du sang. Mais son ventre augmente de volume. Il reçoit une injection d'huile grise à 0,07 centigr.

14 mars 1921 : Le ventre a diminué. Huile grise à 0.10.

28 juin 1921 : Depuis 3 jours, douleur précordiale en éclair irradiant à la face interne du bras gauche. Peu calmée par pyramidon. Il prend 15 gouttes d'hectine et pendant 3 semaines K. I.

4 octobre 1921 : Sa vue baisse. Les douleurs précordiales sont revenues à 2 ou 3 reprises. Persistance d'un infiltrat œdémateux sur la face antéro-interne supérieure du tibia droit. Il prend d'iodalose pendant 1 mois.

5 novembre 1921 : L'angor a diminué. Une crise il y a 7 jours assez forte.

6 décembre 1921 : Vient de prendre 60 cachets de calomel (0,01) + Bi (0,75), 3 cachets par jour. Il prend 90 gouttes d'iodalose pendant 1 mois.

Du 10 janvier au 21 octobre 1922 : A fait 6 injections d'huile grise + 12 trépol. Iodalose 4 semaines à la dose de 4 gouttes. A eu dernièrement une rétention de 12 h.

6 décembre 1923 : Il ne peut plus remuer ses jambes.

8 décembre 1923 : S'affaisse par terre quand on

essaye de le mettre debout. Dans le lit, il remue parfaitement les pieds et les orteils. L'extension de la jambe sur la cuisse est bonne, la flexion est faible. On lui prescrit Calomel un gramme par os.

9 décembre : L'immobilité est grande. La jambe tombe lourdement sur le lit. Et pourtant, quand on distrait son attention, il y a encore des mouvements spontanés latéraux sous la couverture. On constate une flaccidité complète, surtout marquée à gauche. Il reçoit une piqûre d'huile grise 0,08.

Il faut noter que le malade a reçu du 13 octobre au 20 novembre, 9 injections de Rubyl. Dès la huitième injection, le malade est pris par des douleurs fulgurantes, si bien que douleurs fulgurantes et paraplégie ont été éveillés par Rubyl. Le 3 décembre, les douleurs étaient formidables, on doit les calmer par la morphine, extrait thébaïque, pyramidon et chloral.

Le malade est mort en 1924 par paraplégie.

Il faut noter que le malade, ayant caché sa maladie à sa famille, et se traitant en cachette, n'a pas suivi régulièrement le traitement.

Voici une observation personnelle recueillie à l'Institut Fournier.

Le malade B. W..., vient consulter à l'Institut Fournier, le 20 avril 1937, pour des troubles de la vision et des douleurs dans les jambes. Un examen de sang fait le 20 avril 1937 montre une réaction de Wasserman fortement positive, Hecht ++, Meinecke +,

Kahn ++. L'examen ophtalmologique révèle une atrophie bilatérale du type tabétique. L'œil droit compte les doigts à 80 centimètres, l'œil gauche à 20 centimètres. Le malade est soumis à un traitement antisyphilitique.

Du 20 avril au 14 mai 1937 : Le malade reçoit 18 piqûres de cyanure de Hg.

Le 14 mai 1937 : Le malade voit mieux, mais il y a un réveil de douleurs dans la cuisse, tibia et les genoux. On continue les cyanures.

Le 2 juin 1937 : Il a meilleure mine, dort mieux, mais présente une faiblesse dans les jambes. Il reçoit en tout 38 piqûres de cyanure de Hg.

Le 11 juin 1937 : Il est soumis au Veryl. Après 5 piqûres, le malade éprouve des douleurs profondes de l'œil droit et du tiraillement de l'œil gauche du côté externe. On continue le Veryl, il reçoit en tout 10 piqûres de Veryl. Il compte les doigts avec l'œil droit à 1 m. 30. Rien avec l'œil gauche.

6 juin 1937 : Examen du sang. BW. Ho. Hecht ++, Memecke +, Kahn ++. Le poids, qui était du commencement de 56 kilos est maintenant à 49 kilos. Le malade est soumis au traitement avec Uclar.

Du 6 juin au 31 août 1937 : Le malade reçoit une série de piqûres (11) d'Uclar (la première 0,30, la dernière 1 gr. 05). Mais les douleurs persistent. Etat stationnaire de la vision. Le poids augmente à 52 kil. 900.

Le 31 août 1937 : Le malade est soumis au traitement avec du cyanure Hg.

Du 31 août au 22 octobre 1937 : Il reçoit 34 piqûres de cyanure de Hg.

Du 31 août 1937 : Le malade est pris d'un ictus laryngé (caractérisé par un picotement laryngien, toux et vomissements consécutifs à la toux).

Le 26 octobre 1937 : Examen du sang; BWHo, Hecht ++, Memecke +, Kohn ++.

Le 2 novembre 1937 : Réveille des douleurs aux cuisses, pieds et épaules. Ictus laryngé. Soumis au traitement avec uclar.

Du 2 novembre 1937 au 22 décembre 1937 : Il reçoit une série de 8 piqûres d'uclar (de 0,60 à 1 gr. 05). Les douleurs persistent.

Le 22 décembre 1937 : Examen du sang; BWHo; Hecht ++; Mecke +; Kahn ++.

11 janvier 1938 : Il est mis au calomel. L'ictus laryngé a disparu. Poids 52 kilos. Souffre de l'œil droit. Calomel 4 cent.

17 mai 1938 : Mis au traitement avec uclar. Douleurs dans la cuisse et le talon. Examen du sang; B. W. H2, Hecht ++, M. +, Kahn ++. Après 3 piqûres d'uclar (la dernière à 1 gr. 05). Douleurs dans les jambes et reprise d'ictus laryngé.

Le 31 mai 1938 : Soumis au traitement avec cyanure Hg. Les douleurs fulgurantes sont disparues.

Du 31 mai au 28 juin 1938 : Il reçoit 37 piqûres de cyanure Hg.

5 août 1938 : Poids 47 kilos 600. Est mis au Veryl.

Du 5 août au 9 septembre 1938 : Reçoit 20 piqûres de Veryl. Poids 50 kg. 700. La faiblesse des jambes a fortement diminué. Pas de douleurs dans les membres. Est mis au repos une semaine.

20 septembre 1938 : Examen du sang. B.W. H3. DH. 1. Hécht ++. M. +, Kahn ++.

27 septembre 1938 : Reçoit une piqûre d'Uclar (0,30). Douleurs intercostales violentes. Douleurs fulgurantes dans les membres. Poids : 51 kilos.

Du 27 septembre 1938 au 20 octobre 1938 : Reçoit une série de 6 piqûres d'Uclar (de 0,30 à 0,90). L'examen ophtalmologique montre une atrophie optique tabétique bilatérale, avec perte de la vision de l'œil gauche et vision de l'œil droit réduite à la perception des doigts à 20 centimètres.

26 octobre 1938 : Réactivation par 914.

28 octobre 1938 : Mis à l'huile grise à la dose de 0,05. Puis 3 injections à la dose de 0,10. Mais douleurs dans le ventre et reins. Se plaint aussi d'avoir des points au cœur quelques heures après la piqûre. Preversyl intercalé avec huile grise.

22 novembre 1938 : Douleurs dans les chevilles.

7 décembre : Mis au tréparsol. Après 14 gr. douleurs dans le ventre, calmées par pyréthane.

Le 4 janvier 1939 : Toujours au tréparsol. Il prend l'extrait thébaïque contre ses douleurs abdominales. Poids 51 kilos.

18 janvier 1939 : Vision stationnaire.

8 février 1939 : Toujours au tréparsol. Poids :

51 kilos 500. Douleurs sur le dos du pied. On lui prescrit les rayons ultra-violet, 2 minutes, face et dos.

14 février 1939 : La dernière fois que nous l'avons vu, les douleurs persistent sur le dos du pied. L'examen du sang : B. W. H3, DH 2, Hecht ++, Mecke +, Kahn ++.

On voit donc qu'il y a des malades dont les douleurs persistent malgré les différents traitements.

Ces malades sont justiciables d'un traitement préventif, étiologique, général et symptomatique.

Traitement préventif. — Il faut éviter avec soin les causes provocatrices des douleurs fulgurantes. Ce sont : les variations barométriques, la pluie, les sautes de température.

L'hygiène individuelle a une grande importance. La suppression du vin pur, des liqueurs, du café, du tabac, seront obligatoires. Le surmenage est aussi une cause fréquente des douleurs fulgurantes.

Traitement étiologique. — Tous les médicaments antisyphilitiques peuvent être employés. Nous pensons que tous les agents antisyphilitiques peuvent agir, à la condition qu'on les administre alternativement par séries, sans jamais toutefois les supprimer totalement. Mais, il ne faut pas oublier le mercure qui a une influence favorable sur les douleurs fulgurantes.

Traitement général. — Le tabétique devra être bien nourri; il faudra lui donner une nourriture abondante et facile à digérer (viandes rôties, purées de légumes, pâtes, lait) et y ajouter de la viande crue, des œufs crus. L'huile de foie de morue, la quinine à

petite dose comme tonique, les glycéro-phosphates, la lécithine par la bouche ou en injections sous-cutanées, les injections sous-cutanées d'eau de mer ou de sérum physiologique, seront de bons toniques pour les tabétiques.

Traitement symptomatique. — Les meilleurs médicaments capables de calmer les douleurs sont :

Le pyramidon. — Il est nécessaire de donner en moyenne 1 gr. 5 par jour de pyramidon pour obtenir un effet sédatif réel. On donnera deux cachets de 0 gr. 75, un le matin et un à midi, si les douleurs surviennent surtout l'après-midi, un le matin et un le soir si les douleurs surviennent surtout la nuit. On peut augmenter jusqu'à 3 gr. par jour, le pyramidon.

L'antipyrine est également un très bon sédatif des douleurs fulgurantes. Elle doit être donnée à doses suffisantes, c'est-à-dire comme le pyramidon, à la dose moyenne de 1 gr. 50 par jour en 2 fois. Il faudra quelquefois des doses plus fortes, 3 à 6 grammes, et enfin il peut être bon d'associer antipyrine et pyramidon.

Le salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour.

L'aspirine à la dose de 2 gr. par jour, réussissent quelquefois là où le pyramidon et l'antipyrine ont échoués.

Le chlorure de sodium donné d'une manière prolongée est un excellent adjuvant du traitement des douleurs fulgurantes. Le chlorure de sodium devra être donné à la dose de 1 gr. 50 par jour, seul ou associé au glycéro-phosphate de chaux et à la quinine qui

sont des reconstituants du système nerveux. On peut prescrire (M. Milian) :

chlorure de sodium	0,75 centigr.	
quinine (sulfate)	0,10	—
glycérophosphate	0,25	—

pour un cachet n° 30.

Un cachet au commencement des repas de midi et du soir.

La santonine préconisée par le Docteur Negro, de Turin, à 30 ou 45 centigr. par jour, peut calmer les douleurs fulgurantes.

Les courants galvaniques ascendants appliqués sur la colonne vertébrale, peuvent améliorer les douleurs fulgurantes (M. Collet).

CONCLUSIONS

1° Les douleurs fulgurantes du tabès sont généralement justiciables d'un traitement antisyphilitique qui est capable, très souvent, de les améliorer, même de les faire disparaître complètement.

2° Pour réaliser ce traitement, il est logique de s'adresser aux différents médicaments antisyphilitiques dont on fera des cures alternées. (Pour les douleurs des tabétiques frustes, il faut surtout employer le mercure).

3° Les douleurs fulgurantes, qui persistent malgré le traitement antisyphilitique sont justiciables :

a) *d'un traitement étiologique,*

b) *traitement général, et*

c) *traitement symptomatique.*

A. — *Le traitement étiologique* comprend tous les médicaments antisyphilitiques, donnés à des doses suffisantes.

B. — *Le traitement général* consiste dans une bonne nourriture, de l'huile de foie de morue, la qui-

nine à petites doses comme tonique, les glycérophosphates et la lécithine.

C. — *Le traitement symptomatique* consiste dans l'emploi des médicaments capables de calmer les douleurs. Ces médicaments sont : le pyramidon, l'antipyrine, le salicylate de soude, l'aspirine, le chlorure de sodium, le gardénal, la santonine, et l'extrait thébaïque.

Vu : *Le Président de Thèse,*

LOEPER.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI. — Les douleurs fulgurantes du tabès. (*Revue neurologique*, n° 1, janvier 1936.)
- BARRE. — Tabès et traitement arsenico-hydrargirique. (*Bulletin Médical*, 27 janvier 1923.)
- COLLET. — Précis de Pathologie interne, 1931.
- CONTE. — Thèse de Paris 1929. — L'action des traitements spécifiques sur les troubles fonctionnels du tabès.
- DANIELOPOLU. — Le gastrogramme et le réflexe oculo-gastrique au cours des crises gastriques. (*Société méd. des Hôpitaux de Paris*, 29 juin 1923.)
- DEJERINE et THOMAS. — Traité de médecine Brouardel et Gibert.
- DESCOMPS. — Le traitement des douleurs fulgurantes du tabès et des algies rachidiennes par les injections intra et para-rachidiennes. (*Le Scalpel*, n° 28, 9 juillet 1932.)
- DIEZ. — La topoalgie continue paroxystique tabétique. (*Presse Médicale*, n° 56, 14 juillet 1934.)
- DUJARDIN et DECOMPS. — Dans « *Bruxelles Médical* », 1927.
- DUJARDIN et DUMONT. — Epreuve de la perméabilité méningée par injection d'eau distillée dans le sac lombaire. (*Archives intern. de méd. expériment.*, mars 1927.)
- FOURNIER. — Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, 1882.

GOUGEROT. — Douleurs des tabétiques guéris. (*Journal des Praticiens*, 23 novembre 1927.)

— Les reliquats cicatriciels de la syphilis viscérale. (*Paris Médical*, 1929.)

MILIAN. — Traitement étiologique du tabès. (*Progrès Médical*, 20 juin 1908.)

— Syphilis du système nerveux, de l'œil, de l'oreille et du nez, 1910.

— Traitement des douleurs fulgurantes dans le tabès avec la morphine et 914. (*Rev. Franç. de Derm. et Vénér.* 1930.)

NEGRO. — Giornale de la R. *Accademia di Medicina di Forino*, n° 2, 1901.

PAL. — Ueber die tabischen Krisen und ihre Behandlungen. (*Die Therapie der Gegenwart*, n° 9, 1926.)

PINARD. — *Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et Syph.* (Séance du 10 décembre 1936.)

SEZARY. — La nature et le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques. (*Le Bulletin Médical*, 4 janvier 1930.)

WAGNER-JAUREG. — Ueber die lanzinierenden Schmerzen der Tabetiker. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1924, XXVII.)

— Ueber Pathologie und Therapie des Tabes. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 19 juin 1937.)

